



ABLE-BODIED ADULTS WITHOUT DEPENDENTS (ABAWD)

**Requisito de ABAWD:
Informe médico
ABAWD Requirement: Medical Report**

Use tinta azul o negra.

DIRECCIÓN POSTAL DE DSHS DSHS, PO BOX 11699 TACOMA WA 98411-9905	
NÚMERO DE TELÉFONO DE DSHS ()	NÚMERO DE FAX DE DSHS 888-338-7410
NÚMERO DE ID DEL CLIENTE / CASO	

Sección 1. Para ser llenada por el cliente

NOMBRE DEL CLIENTE (EN LETRA DE MOLDE)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)
--	------------------------------------

Autorización del paciente / cliente participante

Autorizo la divulgación de la información médica y/o sobre la participación en rehabilitación solicitada al Departamento de Servicios Sociales y de Salud.

_____ FIRMA DEL PACIENTE / CLIENTE PARTICIPANTE _____ FECHA

Sección 2. Para ser llenada por un profesional médico **

Conteste una o más de las siguientes preguntas en el cuadro que aparece abajo. Firme y feche este formulario, incluyendo su profesión o su puesto en su agencia. **

- ¿Esta persona está embarazada? Sí No Desconocido
Si contestó que sí, fecha esperada de parto: _____
- ¿Esta persona participa en un programa de rehabilitación vocacional, un programa de terapia de salud mental, o un programa de tratamiento o terapia para drogas o alcohol? Sí No
Si contestó que sí, fecha esperada de terminación del programa: _____
- ¿Esta persona tiene una enfermedad o discapacidad mental y/o física, temporal o permanente, que le evitaría trabajar 20 horas a la semana? Sí No
Si contestó que sí, indique durante cuánto tiempo su trastorno le evitaría trabajar 20 horas a la semana:
 Menos de 30 días 1 – 3 meses 3 – 6 meses
 6 – 9 meses 9 – 12 meses Más de 12 meses o un tiempo indefinido

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

FIRMA	FECHA DE FIRMA	NÚMERO TELEFÓNICO (CON CÓDIGO DE ÁREA) ()	
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE		PUESTO / PROFESIÓN**	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

** Este formulario puede ser firmado por cualquiera de los siguientes profesionales: médico, asistente médico, representante designado del consultorio médico, enfermero profesional, osteópata, psicólogo acreditado o certificado, terapeuta en abuso de drogas y alcohol, terapeuta certificado de salud mental, trabajador social clínico independiente acreditado, trabajador social certificado acreditado, o partera certificada. Para efectos de confirmar la participación de una persona en un programa de rehabilitación o terapia (Sección 2), el director del programa o el terapeuta de la persona también pueden firmar esta declaración.